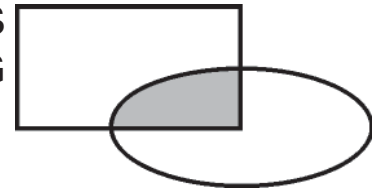


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



5. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2009

Inhalt

Themenschwerpunkt: Psychosoziale Traumaarbeit

- 3 Editorial
- 4 *Silke Birgitta Gahleitner und Heidrun Schulze*
Psychosoziale Traumatologie –
eine Herausforderung für die Soziale Arbeit
- 8 *Anka Rumpeltin*
Trauma und (Ohn-)Macht –
Machtphänomene in Kliniken und ihre Auswirkung
auf PatientInnen in der Onkologie
- 10 *Thorsten Becker & Bettina Overkamp*
Organisierte und Rituelle Gewalt
- 12 *Rezension von Juliane Wahren*
Gewalt im Geschlechterverhältnis

- 2 Trauma, Komplexes Trauma und Dissoziation: Diagnostische Kriterien
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Thorsten Becker

Diplom-Sozialarbeiter und -Sozialpädagoge, systemischer Supervisor in Lüneburg. Freiberuflich tätig in Supervision, Fachberatung und Beratung/Betreuung mit Spezialisierung auf: Kulte, Rituelle Gewalt, dissoziative Störungen und organisierte Gewalt gegen Kinder. Vorstandsmitglied der Deutschen Sektion der ISS(T)D.
Kontakt: mail@BeckerTho.de

Silke Birgitta Gahleitner

Prof. Dr. phil., Diplom-Sozialarbeiterin und -Sozialpädagogin, Psychotherapeutin. Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Arbeitsschwerpunkte: Psychosoziale Beratung, Psychotraumatologie und Traumatherapie, Gender, Gewalt im sozialen Nahraum, qualitative Forschungsmethoden.
Kontakt: sb@gahleitner.net

Bettina Overkamp

Dr. phil., Diplom-Psychologin, Traumatherapeutin, Promotion und Forschung zur (Differential-)Diagnostik von komplexen Traumafolgestörungen und dissoziativen Störungen. Tätig im Unfallklinik

um Berlin, Abteilung Psychotraumatologie, davor (Komplex-)Traumaambulanz in der Psychiatrie. Vorstand der European Society for Trauma and Dissociation ESTD und der deutschen ISS(T)D.
Kontakt: bettina.overkamp@web.de

Anka Rumpeltin

Diplom-Sozialarbeiterin und -Sozialpädagogin, Systemische Familienberaterin. Freie Mitarbeiterin an einer Katamnesestudie unter Leitung der Alice Salomon Hochschule Berlin zur Evaluation therapeutischer Wohngruppen in Berlin. Arbeitsschwerpunkte: (Psycho-)Traumatologie, (Ohn-)Machtphänomene im klinischen Bereich.
Kontakt: anka.rumpeltin@gmx.de

Heidrun Schulze

Prof. Dr. phil., Diplom-Sozialpädagogin und -Sozialtherapeutin. Professorin an der Fachhochschule Wiesbaden – Methoden in Sozialer Arbeit, Einzelfallhilfe und Gemeinwesenarbeit. Arbeitsschwerpunkte: Interpretative Sozialforschung, Biografieforchung, Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung, Migration und Krankheit, Resilienz, narrativ reflexive Beratung und Therapie.
Kontakt: schulze@sozialwesen.fh-wiesbaden.de

Trauma, Komplexes Trauma und Dissoziation: Diagnostik

1980 wurde mit der ‚Posttraumatischen Belastungsstörung‘ erstmals eine an der Ätiologie ‚Trauma‘ orientierte neue Diagnosekategorie in das diagnostische System aufgenommen. Seither hat sich die Diagnostik weiter ausdifferenziert. Man unterscheidet inzwischen Trauma, komplexes Trauma und dissoziative Störungen.

Diagnostische Kriterien der Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD (F43.1): (A) Erleben oder Zeuge sein mindestens eines potentiell lebensbedrohlichen Ereignisses, dessen Erleben mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen verbunden ist/war, (B) Beharrliches Wiedererleben des Ereignisses (Intrusionen), (C) Anhaltende Trigger-Vermeidung, (D) Anhaltende Übererregung. Die Symptome müssen länger als 4 Wochen andauern, damit man die Diagnose stellen kann, ab 3 Monaten gelten die Symptome als chronisch.

Parallel und manchmal wie unverbunden entwickelten sich in der Folgezeit zwei Strömungen zur Erforschung (Diagnostik und Behandlung) chronischer Traumafolgestörungen, die sich auch in der Gründung zweier unabhängiger Traumafachgesellschaften niederschlugen. Beide Gesellschaften trieben die Grundlagenforschung im Traumabereich nachhaltig voran und verfügten auch über Vertretungen in Europa und Deutschland: 1985 entstand die ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies), die anfangs vorwiegend die Posttraumatische Belastungsstörung erforschte und neben der sog. ‚einfachen‘ Posttraumatischen Belastungsstörung (auch Typ I Trauma benannt) erst seit ca. 2000 zunehmend die komplexen Folgen von Traumatisierungen ins Auge fasst. Die Vertretung in Europa nennt sich ESSTS, die deutsche Gesellschaft DeGPT. Beide organisieren regelmäßige Fachtagungen. Erreichbar sind die Aktivitäten über die Website: <http://www.degpt.de/>.

Symptomcluster der komplexen PTSD nach J. Herrman (1992, S. 169), bisher nur im amerikanischen DSM formuliert: (1) Veränderungen in der Affektregulation (anhaltende Dysphorie, Selbstverletzung, chronische Suizidgedanken, aufbrausende oder unterdrückte Wut); (2) Bewusstseinsveränderungen (dissoziative Symptome (Depersonalisation, Derealisation, Amnesie oder Hypermnese), dissoziative Phasen, Wiederholung des traumatischen Geschehens als Intrusion oder Grübeln); (3) Veränderungen in der Selbstwahrnehmung (Ohnmacht, Scham, Schuld, Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden); (4) Veränderungen in der Wahrnehmung des Täters (Beziehung/Rache/Idealisierung, Übernahme von Glaubenssystemen, unrealistische (?) Allmachts-Einschätzung); (5) Veränderungen in der Sexualität und der Beziehungsgestaltung (sozialer Rückzug, anhaltendes Misstrauen, Reviktimsierung/Schwäche im Selbstschutz); (6) Veränderungen persönlicher Wert- und Glaubensvorstellungen (v.a. Ge-

fühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung); (7) 1986 wurde die ISSMP-D (International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation), dann vereinfacht ISSD (International Society for the Study of Dissociation), 2006 letztmalig in ISST-D umbenannt (International Society for the Study of Trauma and Dissociation) gegründet, die ihr Augenmerk auf die komplexen dissoziativen Entwicklungen nach einer Traumatisierung richtete (wie z.B. die dissoziative Identitätsstörung und ihre »Vorstufen«).

Nicht nur, dass sich eine Fachgesellschaft zunächst nach einer umstrittenen Diagnose benannte (»multiple Persönlichkeit«), sie thematisierte auch noch gesellschaftlich wenig beachtete und strittig diskutierte Themen/Gewaltformen wie z.B. die ritualisierte Gewalt oder Mind Control als Ursachen für diese extreme Identitätsaufspaltung (1) Die European Society for Trauma and Dissociation, gegründet 2006 als europäische Schwestergesellschaft zur ISSTD – organisiert alle zwei Jahre eine Tagung, die nächste findet im April 2010 in Belfast statt. Eine Mitgliedschaft in der ESTD bedeutet eine Doppelmitgliedschaft in beiden Organisationen und freien Online-Zugang zu dem Journal of Trauma and Dissociation (der ISSTD). Internetseite: www.estd.org; (2) Die ISSD-D ist Vereinigung der deutschsprachigen ISSTD/ESTD Mitglieder. Es bestehen verschiedene Arbeitsgruppen, u.a. zu Ritueller Gewalt, Diagnostik, Kinder mit dissoziativen Störungen etc. Die nächste ISSD-D-Tagung findet im September 2009 in Berlin statt. Die Vernetzung der deutschsprachigen ISSTD/ESTD-Mitglieder erfolgt durch einen von der ISSD-D gesponsorten, monatlich erscheinenden Email-Rundbrief zum Themenbereich Trauma und Dissoziation.

Beispiel: Diagnostische Kriterien der Dissoziativen Identitätsstörung (DIS), ebenfalls nach dem amerikanischen DSM: (A) Anwesenheit von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen (jeweils mit einem eigenen, relativ überdauernden Muster der Wahrnehmung von der Beziehung zur und dem Denken über die Umgebung und das Selbst). (B) Mindestens zwei dieser Identitäten oder Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person. (C) Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zu umfassend ist, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden. (D) Die Störung geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. black-outs oder ungeordnetes Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück (z.B. komplex-partielle Anfälle). Beachte: Bei Kindern sind die Symptome nicht durch imaginierte Spielkameraden oder andere Phantasiespiele zu erklären.

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich, Berlin

Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einleagezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Denn der Lehrer Z. hatte ein Buch zu schreiben begonnen: seine Autobiographie. Wohl nicht im Augenblick der Entdeckung des Krebses, sondern während dessen Fortschreiten und während des Fortschreitens seiner Analyse. Man kann sagen: in dieser Autobiographie versuchte der Lehrer Z., von seinem Analytiker angeleitet, die Schrift zu entziffern, als die sich die anfängliche, lange unterdrückte Wahrheit seiner Lebensgeschichte mit dem Krebs in seinem Körper ausbreitete, der Krebs ist die Niederschrift dieser Wahrheit im Körper. (Rutschky, 1982, S. 89)

Die Entzifferung von strukturellen Zusammenhängen erweist sich als eine der primären und komplexesten Aufgaben von Klinischer Sozialarbeit. In der alltäglichen Praxis werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gewalt- und Machtebenen – dem sich selbst schädigenden Klienten, dem traumatisierten Klienten, den institutionellen Machthierarchien, den gesellschaftlichen Systembedingungen – vom Klinischen Sozialarbeiter in seiner Beziehung zum Klienten gleichsam mit abgehandelt. Diese Multiperspektivität, die Mehrfachkompetenz als Kernkompetenz ist essentiell für die Etablierung einer sicheren, professionellen Identität. Und vielleicht macht es diese Anforderung gleichzeitig manchmal so schwer, die eigene Arbeit wertzuschätzen.

In dem von Michael Rutschky aufgegriffenen Lebensschicksal des Lehrers Z., in dem kleinen, oben repräsentierten Ausschnitt, spiegelt sich bereits die Frage, wie weit die Erkenntnis trägt und was wir als Professionelle aushalten. Die Hoffnung, der Wunsch des Lehrers Z., durch einen rekonstruktiven Umgang mit seiner Erkrankung schließlich diese, die sich bereits in seinem Körper materialisiert hat, zum Verschwinden zu bringen, erfüllt sich nicht: er stirbt, den Schreibprozess hat er vollendet, das Buch erscheint als, wie Rutschky es nennt, Überdauerung seines Körpers. Die Begleitung, die der Lehrer Z. erfahren hat, in diesem Fall durch einen Psychoanalytiker, ermöglicht das Verstehen von lebensgeschichtlichen Momenten, ein menschlicher Kontakt kann zugelassen werden im Prozess des Kampfes um das Leben und im Prozess des Sterbens.

Innerhalb der aufgezeigten Grenzen – der Wunsch kann nicht erfüllt, das Sterben, der Tod können nicht verhindert werden – sind beide, Lehrer und Analytiker, in der Lage, miteinander zu arbeiten, in Beziehung zu treten. Das entspricht dem Boden, auf dem auch der Klinische Sozialarbeiter in den unterschiedlichsten Settings mit seinen Klienten steht.

Das Halten der eigenen Professionalität mit zwei Händen, dem Klienten gegenüber die Schwere seiner Lebenssituation und die Lebenswünsche anerkennend, bei sich selbst die der Komplexität der Gesamtsituation wahrnehmend, macht die Klinische Sozialarbeit zu einem der »unmöglichen Berufe«.

In ihrem Artikel »Psychosoziale Traumatologie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit« beschreiben *Silke Birgitta Gahleitner* und *Heidrun Schulze*, wie passgenau die Klinische Sozialarbeit als Basiskompetenz für den Umgang mit traumatisierten KlientInnen ist und wie wichtig ihr Beitrag auch im Rahmen des Mainstream von Forschung und Theorieentwicklung sein könnte. Der in die Soziale Arbeit mit traumatisierten KlientInnen involvierte Praktiker vermag, so führen die Autorinnen entlang einer Fallvignette aus, die ihm eigene Kompetenz nur bedingt zu schätzen und theoretisch zu unterlegen. Stattdessen spaltet er sie ab und nimmt sie bei anderen Berufsgruppen – zuschreibend – wahr.

Anka Rumpeltin berichtet in ihrem Beitrag »Trauma und (Ohn-)Macht – Machtphänomene in Kliniken und ihre Auswirkung auf PatientInnen in der Onkologie« aus einem gemeinsamen Forschungsprojekt zwischen einer Hochschule und dem Sozialdienst einer Universitätsklinik. Der psychosozialen Beratung und Unterstützung, so eine der herausgearbeiteten Hypothesen, kommt in der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle zu. Dabei stellt sich heraus, dass der Ambivalenz im Umgang mit der Erkrankung aufseiten der PatientInnen – zwischen Vermeidung auf der einen und Einsicht und Akzeptanz auf der anderen Seite – eine Aufspaltung in der Klinikhierarchie und der Berufsgruppenzuordnung auf expertokratische, kontaktvermeidende und ver-

stehende, kontaktzulassende Professionelle entspricht. Klinische Sozialarbeit stellt im Umgang mit onkologischen PatientInnen einen Raum bereit, in dem die subjektiven Konstruktionen zur Herkunft und zum Umgang mit der Erkrankung Platz haben – und zwar unter Beachtung und kritischer Reflexion der institutionell bestehenden Machtverhältnisse.

Thorsten Becker und *Bettina Overkamp* betonen in ihrem Text »Organisierte und Rituelle Gewalt« die hohen Anforderungen an die professionelle Unterstützung von Gewaltopfern. Die Problematik organisierter und ritueller Gewalt wird, so die AutorInnen, in ihrer gesamten Komplexität sowohl im institutionell-professionellen wie auch gesellschaftlichen Kontext oftmals unterschätzt. Eine Hintergrundstruktur in Form von professionellen Netzwerkstrukturen kann helfen, eine reflexive Distanz zur Wahrnehmung und zum Umgang zu den in der Arbeit mit diesen KlientInnengruppen besonders deutlich hervortretenden dissoziativen Phänomenen zu wahren und die professionelle Weiterentwicklung fördern.

Den Abschluss dieser Ausgabe bildet eine Rezension von *Juliane Wahren* zu dem Buch »Gewalt und Geschlechterverhältnisse«, herausgegeben von *Silke Birgitta Gahleitner* und *Hans-Joachim Lenz*.

... in dem Augenblick, wo die Lektüre der Alltagsprosa möglich wird, entsteht Distanz zur Außenwelt, in einer Wahrnehmung: ›So ist das also, anders, als ich es sehen wollte, auch anders, als ich dachte, daß ich es sehen müsse.‹ Die Außenwelt braucht nicht vernichtet zu werden, damit das Unglück aufhört, und sie droht auch nicht mehr mit Vernichtung: sie enthüllt als Außenwelt der Wahrnehmung eine Struktur. (Rutschky, 1982, S. 231)

Für die Redaktion:
Uwe Klein

Literatur
Rutschky, M. (1982). *Erfahrungshunger. Ein Essay über die siebziger Jahre*. Frankfurt: Fischer
Zorn, F. (1977). *Mars*. München: Kindler

Psychosoziale Traumatologie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit

Silke Birgitta Gahleitner & Heidrun Schulze

Auf der neunten Jahrestagung der ›Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie‹ mit dem Titel ›Traumafolgen – alles Posttraumatische Belastungsstörung oder was?‹ erhielt der Plenarvortrag von Margaret Blaustein aus Brookline (USA) mit dem Titel ‚The complexity of Adaption of Trauma‹ tosenden Applaus. Offenbar fühlten viele PraktikerInnen aus dem Publikum sich von dem Vortrag, der bezüglich der Behandlung komplex traumatisierter Kinder und Jugendlicher die psychosozialen Komplikationen, Unwegbarkeiten und versuchsweise auch Lösungsansätze mit allen möglichen und unmöglichen Fallstricken schilderte, stark in ihrem Arbeitsalltag gesehen und angesprochen. Trotz des eindeutig positiven Votums des Publikums folgte die inhaltliche Ausgestaltung der Tagung insgesamt jedoch einer ganz anderen Ausrichtung. Dieses Phänomen muss man vor einem breiteren Hintergrund betrachten.

Der Mainstream der Forschung und Theoriebildung bewegt sich – jedenfalls bisher – deutlich in eine andere Richtung. Die aktuelle medizinische und psychologische Forschung im klinischen Bereich ist am nomothetischen Prinzip der Goldstandardforschung orientiert. Zugunsten statistisch naturwissenschaftlich orientierter Messstandards und -techniken befinden sich die Schwerpunkte der Forschung über Traumatisierungen im Bereich der Medizin und Psychotraumatologie. Im Vordergrund der Überlegungen stehen Untersuchungen über Auswirkungen von isolierbaren, messbaren und voneinander abgrenzbaren traumatischen Einzelereignissen der ›Krankheit Trauma‹ auf PatientInnen wie z. B. somatische, psychische, psychopathologische Reaktionen und psychobiologische Wechselwirkungen (Gahleitner & Ortman, 2005). Manuale für Therapieverläufe werden fixiert. Dies ist nicht global zu verurteilen. Zahlreiche sehr bedeutsame Ergebnisse haben in den letzten Jahren hier zu wichtigen medizinischen und psychologischen Theo-

riebildungen und Publikationen geführt und die Entwicklung für viele Betroffene positiv vorangetrieben.

Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kontext der Lebenswelt der Betroffenen und auf das und in dem soziale(n) und (trans-)kulturelle(n) Umfeld der Betroffenen wurden jedoch bisher eher vernachlässigt. Insbesondere fehlen prozesshafte Beschreibungen von Bewältigungsansätzen sowie die Evaluation psychosozialer Begleitangebote und Interventionen in ihrer Auswirkung auf das subjektive Bewältigungserleben im jeweiligen Kontext. Diese resilienzorientierte und damit dezidiert relationale Person-Kontext-Perspektive gehört eigentlich zu den originären Aufgaben von Forschung und Theoriebildung im Bereich der Sozialen Arbeit, die auf diesem Gebiet trotz zunehmender Präsenz in der Versorgung gravierende Lücken aufweist. So stellt die Soziale Arbeit bisher keine Übersichtspublikationen bereit. Dies spiegelt sich auch im Selbstverständnis von SozialarbeiterInnen wider.

Soziale Arbeit ist von ihrer Aufgabenstellung her spezifiziert auf ›hard-to-reach‹-Klientel in Multiproblemsituationen. Klinisch tätige SozialarbeiterInnen sind folglich nicht nur gefordert, über klinische Kenntnisse zu verfügen, sondern zusätzlich, diese für ihre Berufspraxis kritisch zu reflektieren, auf das Spektrum sozialarbeiterischer Anforderungen zu beziehen und integrativ in Anwendung zu bringen. Klinisches Handeln in der Sozialen Arbeit trägt so dem Umstand Rechnung, dass jedes Individuum – insbesondere im Kontext sozialer Benachteiligung – fortwährend vor der Aufgabe steht, lebenspraktische Anforderungen vor dem Hintergrund normativer und subjektiver Orientierungen zu bewältigen und psychisch zu verarbeiten. Dies geschieht immer auf dem Hintergrund der sich in gesellschaftlich und sozialweltlichen Entstehungszusammenhängen ausbildenden (und verändernden) psychischen Kapazitäten (Pauls, 2004).

Diese Grundannahmen verweisen auf eine notwendige ›psychosoziale Vermittlungsarbeit‹ professioneller Sozialer Arbeit, in der es darum gehen muss, sowohl institutionelle Schnittstellen wie auch lebensraum- und damit erfahrungsbezogene Schnittstellen für Menschen in psychosozialen Problemlagen nicht nur funktional, sondern im Hinblick auf die Person reflexiv zu integrieren. Der Traumbereich ist hierfür ein gutes Beispiel. Gerade hier verdeutlichen sich fortwährend die disziplinären Herausforderungen im Hinblick auf eine (selbst- und methoden-)reflexive sowie professionell eigenständige Handlungsorientierung. Viele Einrichtungen Sozialer Arbeit sind tagtäglich mit traumatisierten Menschen befasst und leisten – zum Teil bewusst, zum Teil nicht bewusst – einen großen Anteil traumarelevanter psychosozialer Arbeit. Wie sich dies innerhalb des professionellen Selbstverständnisses Sozialer Arbeit manifestiert und welche Auswirkungen dies auf die Handlungspraxis der Professionellen sowie potenziell auf die AdressatInnen hat, soll im Folgenden anhand eines ausgewählten Beispiels diskutiert werden. Es handelt sich dabei um einen kurzen Auszug aus dem Forschungsprojekt ›Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen‹, in dem Fachkräfte der Sozialen Arbeit interviewt wurden, die in unterschiedlichen Handlungsfeldern mit traumatisierten Menschen arbeiten.¹

»Ich kann ja nur mit ihm reden« – Herr Andre

Herr Andre arbeitet im Beratungsbereich der Wohnungslosenhilfe mit Personen, die *»ganz klassisch unter den Begriff des Traumas fallen«*, obwohl das Trauma nicht im Fokus der Einrichtung liegt, denn *»das liegt bei unseren Klienten, mit denen wir hier arbeiten ... ja nicht immer so offen zu Tage«*. Ähnlich wie bei Herrn Andre zeigt sich – so die Forschungsergebnisse – in vielen der Interviews eine Schwierigkeit, die eigenen berufli-

chen Handlungen in einen professionell begründbaren und damit theoretisierbaren Zusammenhang zu stellen: »Ich kann ja nur mit ihm reden und versuchen halt, das Thema aufzugreifen, ihn ernst zu nehmen«, sagt er an einer Stelle im Interview. Die Aussage reflektiert die Arbeit mit einem obdachlosen Klienten, der durch individuelle wie gesellschaftliche Gewaltverletzung traumatisiert wurde: »der hat halt draußen geschlafen und hat jahrelang Platte gemacht und wurde halt eines Nachts von Jugendlichen angezündet ... das war für den natürlich ein unglaublich schlimmes Erlebnis.« Der Klient erlitt schwerste Verbrennungen, musste lange im Krankenhaus behandelt werden und zeigt noch Jahre danach deutliche Anzeichen einer komplexen Traumatisierung.

Seine langjährige Arbeit mit dem Klienten relativiert Herr Andre jedoch im Hinblick auf den Auftrag der Einrichtung und der lebensweltnahen und niedrigschwelligem Kon-

taktgestaltungen »Wir haben das nur so begleitend, oder ich jetzt in dem Fall, hab ich das immer so begleitend halt nebenher sozusagen bearbeitet ... das heißt, ich hab' mit ihm halt versucht, Gespräche zu führen, halt auch über das, was ihn so bewegt hat ... ich kann ja nur mit ihm reden und versuchen halt, das Thema aufzugreifen, ihn ernst zu nehmen ... also das heißt, ich konnte ... nicht so den richtigen Hebel ... um jetzt da wirklich gezielt ... zu intervenieren.« Daraus lässt sich schließen, dass »Gespräche führen« und »begleiten« im Kontrast zu einem mechanistischen Konstrukt von Therapie, das sich in der Metapher des »richtigen-Hebel-Ansatzens« ausdrückt, also am Bild einer »gezielten Intervention«, relativiert wird. Auch an anderer Stelle grenzt sich Herr Andre im Hinblick auf die Arbeit mit von Traumatisierung betroffenen Menschen zunächst stark ab: »Traumata an sich wurden hier von uns aus nicht bearbeitet, weil das ist einfach auch nicht

so unser Setting, dafür sind wir auch nicht ausgebildet.«

Welche verallgemeinerbaren Deutungsmuster lassen sich im professionellen Selbstverständnis von Herrn Andre erkennen? Worin liegen Chancen und Herausforderungen zur Fundierung einer psychosozialen Traumalogie und der Professionalisierung Sozialer Arbeit?

Herr Andre schildert ein Beispiel einer erlebten Traumatisierung eines Klienten, bei dem gerade der als Postulat Klinischer Sozialer Arbeit geltende »doppelte Fokus« – nämlich der Subjektivität wie auch der Gesellschaftlichkeit – als genuine Aufgabe zu berücksichtigen und professionell einzubeziehen wäre. Denn der Mordanschlag auf den wohnungslosen Klienten muss als Ausdruck sozialer Ungleichheit, einer kollektiven und rassistischen Diskriminierungspraxis wahrgenommen, artikuliert und in einen dies reflektierenden Gesprächsraum zunächst mit dem Klienten – aber auch in den öffentlichen Diskurs

ANZEIGE

n|w Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit

Ressourcenaktivierende Verfahren in der psychosozialen Praxis und Beratung

Wenn die Krise am tiefsten ist, braucht praktisch orientierte Sozialarbeit Ressourcen. Wie können Ressourcen in schwierigen Situationen aktiviert werden? Mit welchen Methoden und Verfahren können die Ressourcen der Klientinnen und Klienten wieder ins Spiel gebracht werden?

Ressourcenaktivierende Interventionen im Spannungsfeld zu sozialen Notlagen.

Referierende

u.a: Dr. Katharina **Balmer**, Prof. Dr. Roland **Becker**, Prof. Dr. des. Barbara **Fäh**, Prof. Dr. Silke Birgitta **Gahleitner**, Prof. Dr. Brigitte **Geißler-Piltz**, Lic. phil. Anton **Hasler**, Lic. phil. Corinna A. **Hermann**, Prof. Sonja **Hug**, Dr. Franz **Moggi**, Wilma **Müller**, Prof. Dr. Helmut **Pauls**, Dr. des. Anita **Sandmeier**, Prof. Dr. Holger **Schmid**, Prof. Dr. Stefan **Schnurr**, Prof. Dr. Peter **Sommerfeld**, Prof. Dr. Luzia **Truniger**

Leitung

Prof. Dr. Günther **Wüsten**, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit

Termin und Ort

4. und 5. Juni 2009, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten/Schweiz

Information und Anmeldung

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit
Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, CH-4600 Olten
Monika Amann, T +41 62 311 96 57, monika.amann@fhnw.ch

www.klinischesozialarbeit.ch

www.fhnw.ch/sozialarbeit/isage

avenirsocial 

– eingebunden werden. Für den Klienten würde dies die gesellschaftliche Anerkennung der erlebten Gewalt durch die Jugendlichen bedeuten. Zugleich wäre es aber die Anerkennung einer kollektiv zu verantwortenden Gewaltausübung, deren Opfer er geworden ist. Professionelle trauma-bezogene Bewältigungsarbeit würde hier bedeuten, verschiedene bewältigungsrelevante Dimensionierungen im Blick zu haben:

- Die Dimension der sozialen und nicht nur symptom- und krankheits-bezogenen Anerkennung der zugefügten Gewalt bzw. des erlittenen Leids sowie
- der Versuch der Wiederherstellung der Verbindung zwischen Opfer und sozialer Gemeinschaft (vgl. Loch & Schulze, i. E.).

Psychosoziale Traumalogie könnte sich hier zum einen durch die Einbeziehung intrapsychischen Traumawissens auszeichnen, zum anderen durch die Ermöglichung eines Sprachraumes für soziale Ungerechtigkeit und Diskriminierungspraxen, um medizinischen Individualisierungen (Stichwort: »Krankheit Trauma«) sowie den Schuld- und Schamgefühlen auf Seiten der Betroffenen vorzubeugen. Traumabezogene Handlungskompetenz bedeutet darüber hinaus, die Qualität eines alltagsnahen Gesprächs gerade bei erlebter Überwältigungs- und Ohnmachtserfahrung fachlich verorten zu können. Denn im Gespräch wird der/die Gesprächspartner/in nicht durch einen gesellschaftlich gültigen Zustand »krank« definiert. Die Konnotation enthält vielmehr eine alltagsweltliche Komponente des Miteinander-Redens, des Dialogs – anders als es in der Kommunikation zwischen ExpertInnen und LaiInnen der Fall ist, wo Ermächtigungs-, Abhängigkeits- und Ohnmachtsgefühle verstärkt werden (können). Mit der Frage nach einer traumabezogenen psychosozialen Professionalität ist daher eine andere Frage verbunden: in welchem Maße sich Fachkräfte Sozialer Arbeit ihrer eigenen Konstruktion des Raumes professioneller Begegnung bewusst sind und inwieweit sie die eher nicht formalisierten alltagskommunikativen Settings als elementare Aneignungs- und Bewältigungsformen in ihrer immanenten lebensweltlichen Qualität aufgreifen und methodisch reflexiv gestalten (vgl. Schulze & Loch, i. E.).

Wie das Interview an anderen Stellen zeigt, erweist sich Herr Andre in vielerlei Hinsicht als sehr fachkundig zum Thema Traumatisierung. Er definiert Trauma als überwältigendes Ereignis, zählt eine Reihe von lebensgeschichtlichen Ursachen auf und schildert dann für den Bereich der Traumaberatung und -begleitung mit dem Klienten einen fachlich korrekten Umgang: begleiten, zuhören und keinesfalls unerwünscht mit dem Trauma konfrontieren. Auf die schweren Flashbacks des Klienten z. B. reagiert Herr Andre mit kontinuierlichen stützenden Maßnahmen: *»Auf der anderen Seite hat er immer wieder erzählt, dass er diese Bilder von diesem Vorfall, dass die ihn so immer wieder einholen ... also wenn er so nachts aufgewacht ist und dann immer wieder ... diese Schmerzen und diese Flammen sah ... so lange wie ich ihn begleitet habe, hat ihn das Erlebnis auch begleitet.«*

Weitere Beispiele aus dem Interview ließen sich anfügen, von denen an dieser Stelle nur einige wenige stichwortartig angesprochen werden können. So wird Selbstreflexion als eines der wichtigsten Arbeitsinstrumente in der Traumaaarbeit von Herrn Andre thematisiert. Er bezieht stets seine eigene Person als Erkenntnisquelle in die Arbeit ein, Supervision spielt dabei eine sehr wichtige, jedoch nicht die einzige Rolle. Auch der Austausch mit den KollegInnen und die Auseinandersetzung mit weiterführenden Inhalten in Fortbildungen sind bedeutsam für ihn. Das im Traumabereich besonders wichtige Auffinden von Ressourcen schildert er selbstverständlich als Arbeitsfokus: *»Auf der anderen Seite guckst du natürlich auch ganz stark auf die Ressourcen ... weil ich denk« jeder ... das trifft sicherlich auch auf Leute zu, die Trauma erlebt haben, die haben ja trotzdem noch viele Ressourcen, sonst würden sie ja gar nicht mehr leben ... und eben halt da auch diese Lösung zu finden, die er so für sich selber entwickelt.«*

– Herr Andre wertet seine jahrelange Begleitung und die Bereitschaft, alle persönlichen und alltagsweltlichen wie die traumatische Erinnerung betreffenden Themen mit dem Klienten zu besprechen, interessanterweise jedoch nicht als stabilisierende Intervention und Verarbeitungshilfe. Eher

irritiert reagiert er auf die Verweigerung des Klienten, sich in Therapie zu begeben: *»Das wär' eigentlich sinnvoll gewesen, dass er dann eine Therapie gemacht hätte, grad' zu dem Thema, aber dazu war er nicht zu bewegen, weil das war ihm einfach auch zu weit weg.«*

Mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer Therapie für den Klienten grenzt er sich stark von einem wissenden und kompetenten Umgang mit dem »Thema Trauma«, nicht jedoch mit dem Menschen selbst ab, d. h. hier wird das Thema Trauma in ein formalisiertes, entkontextualisiertes und vom Alltag »befreites« Setting delegiert. Im Therapie-setting wird zielgerichtete Intervention im Gegensatz zum Handlungsmodus »begleiten« unterstellt und als »eigentliche Traumaaarbeit« konstruiert. Bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen wird demnach eine expertokratische Ursache-Wirkung-Handlungs-Vorstellung (»der richtige Hebel«) unterstellt, die entfernt vom Alltag als »Heilung« geschieht. Als Grundlage der eigenen »Abwertung« zeigt sich eine Hierarchie zwischen funktionaler expertenhafter Handlungsvorstellung und einer Haltung komplexer Prozesshaftigkeit, in der das eigene berufliche Handeln sensibel, lebensweltlich und personenorientiert (und gerade nicht traumareduziert) eingebunden ist.

Die eigenen beruflichen Handlungsmuster werden jedoch nicht im Rückgriff auf vorhandenes traumabezogenes Wissen gewürdigt und reflektiert, sie können – und hier macht Herr Andre keineswegs eine Ausnahme in den geführten Interviews – offenbar schlecht oder eher selten mit der eigenen professionellen Sicht und Handlungsorientierung verbunden werden. Gerade den stark zugewandten lebensweltorientierten Charakter, der bei der Klientel im Wohnungslosenbereich oft überhaupt erst den Zugang sichert, *»dieses Einstellen so auf die Lebenswelt des Klienten ... immer zu gucken, was bringt der mit, wo kann ich ihn erreichen«*, wird als sozialtherapeutischer Zugang nicht in der fachspezifischen Qualität als genuiner therapeutischer Zugang interpretiert, sondern geringer gewürdigt als der psychotherapeutische Zugang.

Schlussfolgerungen und Ausblick

Herr Andre leistet in Bezug auf den Klienten, aus dessen Fallbeispiel er erzählt, eine Fachsozialarbeit, die offenbar kein anderes Hilfesystem zu leisten in der Lage ist. Er erreicht den schwer beeinträchtigten Klienten dort, wo keine andere Profession hin gelangt, er holt ihn in seiner Lebenswelt und seiner Alltagsrealität ab und stützt ihn durch Beziehungsarbeit, Kontinuität und die Bereitstellung eines Raumes, in dem das Trauma angesprochen werden kann, jedoch kein Druck entsteht, überflutende Flashbacks aufzureißen. Er begleitet den Klienten kontinuierlich und sehr dialogisch orientiert. Bezüglich des Traumas reagiert Herr Andre mit den Mitteln, die uns die Theorie inzwischen bereitstellt: Stabilisierung, vorsichtiges Raumgeben für Traumbearbeitung sowie Erzählungen zum Trauma und Integration in einen weniger traumabelastenden stabilisierten Lebensalltag, soweit das für den Klienten möglich ist. Dabei nutzt Herr Andre eine Reihe wichtiger sozialarbeiterischer Konzepte und ist stets auf Selbstreflexion, Intervision und Supervision bedacht.

Das dennoch relativ negative Selbstverständnis der eigentlich qualifizierten handelnden, jedoch sich selbst damit wenig wertschätzenden KollegInnen, das auch bei Herrn Andre beobachtet werden kann, ist eingebettet in einen historischen Kontext. In Seminaren mit Studierenden Sozialer Arbeit kommt immer wieder die Frage auf, ob denn klinische Kenntnisse und Konzepte für die spätere Berufspraxis überhaupt Relevanz besäßen. Diese Frage verweist auf die mehrfach gebrochene historische Entwicklung der Sozialen Arbeit. In den 70er-Jahren übten die Sozialwissenschaften zahlreich und berechtigt Kritik an den diskriminierenden Praktiken der Medizin und der Psychologie. Im Zentrum der Vorwürfe standen psychotherapeutisch orientierte Einzelfallkonzepte mit einer einseitigen Verortung der Verantwortung sozialer Problemlagen im Individuum (Schulze, 2006).

Eine negative Folge dieser durchaus wichtigen gesellschaftskritischen Debatte war jedoch, dass das dadurch entstandene Vakuum an klinischen Aufgaben nicht durch die So-

ziale Arbeit, sondern durch psychotherapeutische Methoden gefüllt wurde (Geißler-Piltz et al., 2005). Immer mehr SozialarbeiterInnen besuchten Zusatzausbildungen im psychotherapeutischen Bereich von Medizin und Klinischer Psychologie. Der Wunsch, damit in klinischen Arbeitsfeldern besser gerüstet zu sein, erfüllte sich jedoch nur zum Teil, da eine Ausarbeitung psychotherapeutischer Konzepte für den originären Bereich der Sozialen Arbeit ausblieb. Denn die originär sozialarbeiterische »direct practice« der »people helper« entwickelte sich damit weiter von den Aufgaben der Sozialen Arbeit weg, nicht – wie eigentlich in der sozialkritischen Debatte gefordert – zu den Kernproblemen benachteiligter Lebenslagen hin (Gahleitner, 2006).

Die Berücksichtigung der individuellen und gesellschaftlichen Dimensionen von Traumatisierungen und ihren Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen ist jedoch zentral für gelingende Interventionen. Der von der WHO (2001) definierte Anspruch, das seelische und soziale Moment von Gesundheit und Krankheit in ganzem Umfang einzubeziehen sowie eine gesundheitsfördernde und korrektive soziale und ökologische Umwelt zu gestalten, ist bisher in keiner Weise eingelöst. Unter Anknüpfung an die von Mary Richmond (1917, 1922) begründete und von Alice Salomon (1926/2002) in Deutschland weitergeführte »Soziale Diagnose« stellte die Klinische Sozialarbeit Jahrzehnte später diesen kategorialen und universalisierenden Wissens- und Handlungsmodellen integrative subjekt- und strukturfokussierende Konzepte gegenüber (Dörr, 2002; Gahleitner & Hahn, 2008; Klein, 2005; Pauls, 2004), in dem Behandlung nicht mehr als expertokratische Entmündigungspraxis, sondern als partizipative und lebensweltorientierte Handlungsform verstanden wird (Gahleitner et al., i. D.; Hanses, 2002; Schulze, 2006). Es bedarf des interdisziplinären Zusammenwirkens vieler Berufsgruppen, um angemessene Konzepte bereitstellen zu können. Soziale Arbeit sollte sich dabei als das erweisen, was sie in der Praxis längst leistet: als eigenständiger und dennoch dialogfähiger professioneller Partner im interprofessionellen psychosozialen Behandlungsraum.

Anmerkung

1. Durchgeführt wird die Studie von Silke Gahleitner, Ulrike Loch sowie Heidrun Schulze unter Mitwirkung von Studierenden der Alice Salomon Hochschule Berlin, der Universität Klagenfurt sowie der Fachhochschule Wiesbaden. Das vorliegende Interview führten Ulrike Fitzner und Julia Knispel.

Literatur

- Dörr, M. (Hrsg.) (2002). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse*. Hohengehren: Schneider.
- Gahleitner, S. B. (2006). »ICD plus« und »Therapie plus« – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, Sonderausgabe, 12-22. Online verfügbar: www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.11.2006].
- Gahleitner, S. & Hahn, G. (Hrsg.). (2008). *Klinische Sozialarbeit. Zielgruppen und Arbeitsfelder*. Bonn: Psychiatrie Verlag. (Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung. 1.)
- Gahleitner, S. B. & Ortmann, K.-H. (2006). Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach »sozialer Realität«. *Klinische Sozialarbeit*, Sonderausgabe, 40-44. Online verfügbar: www.klinische-sozialarbeit.de/KlinSa_Sonderausgabe%20Tagung_05.pdf [16.11.2007].
- Gahleitner, S. B., Schulze, H. & Pauls, H. (i. D.). »hard to reach« – »how to reach?« Psychosoziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In P. Pantucek & D. Röh (Hrsg.), *Soziale Diagnostik. Stand der Entwicklung von Konzepten und Instrumenten. Tagungsband*.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Hanses, A. (2002). Biografische Diagnostik als Veränderung professioneller »Interaktionsordnung«. In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige Kontroverse* (S. 86-102). Hohengehren: Schneider.
- Klein, U. (Hrsg.) (2005). *Klinische Sozialarbeit – die Kunst psychosozialer Helfens. psycho-sozial*, 28 (101). [Themenheft]
- Loch, U. & Schulze, H. (i. E.). (Handlungs)Räume der Psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Erwachsenen. In P. Cloos, G. Flösser & A. Schaarschuch (Hrsg.), *Die Konstruktion des Adressaten. Fälle, Nutzer, Entrepreneurs*. Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa.
- Richmond, M. E. (1917). *Social Diagnosis*. New York: Russel Sage.
- Richmond, M. E. (1922). *What is Social Case Work?* New York: Russel Sage.
- Salomon, A. (2002). *Soziale Diagnose*. Berlin: Alice-Salomon-Fachhochschule. (Original erschienen 1926.)
- Schulze, H. (2006). Biographietheoretische Konzeptualisierung als soziale und geschichtliche Dimensionierung des Psychischen. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*, 2 (2), 10-12.
- Schulze, H. & Loch, U. (i. E.). Von der interpretativen Forschung zur narrativ reflexiven Beratung. In K. Bock & I. Miethe (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit*. Opladen: Budrich.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Weltgesundheitsbericht 2001: Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung*. Online verfügbar: www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf [16.11.2006].

Trauma und (Ohn-)Macht – Machtphänomene in Kliniken und ihre Auswirkung auf PatientInnen in der Onkologie

Anka Rumpeltin

In der Onkologie, insbesondere im Palliativbereich mit herannahendem Lebensende, sind traumatische Belastungen und schwere Beeinträchtigungen der Lebensqualität allgegenwärtig. Dennoch fehlt es im Klinikalltag häufig an einer psychosozialen Betrachtung der Problematik und ausreichenden Angeboten zur Einbettung der PatientInnen in ihren stark veränderten Lebensalltag. In der Regel wenden sich die PatientInnen mit diesen Thematiken an die MitarbeiterInnen des Krankenhaussozialdienstes. In einem Kooperationsprojekt zwischen dem Krankenhaussozialdienst der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg und der Alice-Salomon-Hochschule Berlin wurde mit einer explorativen Längsschnittuntersuchung der Frage nachgegangen, wie der psychosoziale Dienst möglichst optimal dazu beitragen kann, die psychosoziale Lebensrealität und Lebensqualität von Tumorpatienten aufrechtzuerhalten und zu sichern.

Zunächst wurde mit Hilfe problemzentrierter Interviews mit offener Eingangsfrage (Witzel, 1982) ein Zugang zur Lebenswirklichkeit betroffener Männer und Frauen in der Palliativphase geschaffen, der auf das Ineinander objektiver Belastungsfaktoren und individueller Verarbeitung der Erfahrungen abzielte. Zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1993, 2000) eingesetzt, um in einem deduktiv-induktiven Wechselspiel Raum zu öffnen. In einem späteren quantitativen Teil liefen auch verschiedene Messinstrumente, unter anderem zur Erhebung der traumatischen Belastung, durch die Aufnahmestation (Gahleitner & Becker-Bikowski, 2007). Die diesem Artikel zugrunde liegende Untersuchung repräsentiert einen Ausschnitt aus dem qualitativen Untersuchungsteil zu einer spezifischen Thematik aus dem Ergebnisspektrum.

Als zentrale Hypothese wurde herausgearbeitet, dass der psychosoziale Dienst eine wichtige Rolle bei der lebenspraktischen Veränderung- und Bewältigungsunterstützung, der Bildung konstruktiver subjektiver Konzepte der veränderten Lebenssituation und der Todesbedrohung sowie der Umfeldarbeit spielt. Die Krankheit stellt zunächst für alle PatientInnen einen zentralen Wendepunkt im Leben der Betroffenen dar. Obwohl die Bewältigung zunächst unter Rückgriff auf bewährte Bewältigungsstrategien erfolgt, spielen die Substanz und Flexibilität des eigenen Selbstbildes, Selbstverständnisses und subjektiver Krankheitsverständnisse eine wichtige Rolle. Als ein besonders interessantes Phänomen konnte herausgearbeitet werden, dass die Ambivalenz zwischen Realitätseinsicht (Abfinden) auf der einen und Vermeidung auf der anderen Seite charakteristische Dreh- und Angelpunkte bilden, zwischen denen sich die Krankheitsbewältigung aufspannt, und dass sich diese Ambivalenz in der professionellen Begleitung polarisiert: dem bereitgestellten machträchtigen medizinischen Bereich wird dabei nach den Ergebnissen ein Bedarf an »auf Gegenseitigkeit und Menschlichkeit beruhender« psychosozialer Beratung und Begleitung gegenübergestellt.

Dieser Aspekt führte zu der vorliegenden Forschungsarbeit über die Analyse von Machtverhältnissen und deren Auswirkung auf psychosoziale Prozesse im klinischen Bereich unter der Fragestellung »Inwiefern beeinflussen die unterschiedlichen Phänomene der Macht im konkreten Erleben die psychosoziale Lebensrealität und Lebensqualität von TumorpatientInnen?«

Als Bezugstheorien wurden für die unterschiedlichen Phänomenebenen der Macht Michel Foucault (1978, 1963/2002, 2005a und b) auf der Makroebene, Heinrich Popitz

(1992) auf der Mesoebene und Andreas Hanses und Kollegen (Hanses & Börgartz, 2001; Alheit & Hanses, 2004) auf der Mikroebene herangezogen. Foucaults Analyse bezog sich auf die gesellschaftliche Ebene, auf der er Macht als eine universelle Kraft mit interaktionaler Wirkung (zit. n. Ruoff, 2007) definierte. Popitz (1992) analysierte die unterschiedlichen Durchsetzungs- und Stabilisierungsformen bis hin zur Institutionalisierung von Macht, und Hanses (Hanses & Börgartz, 2001) untersuchte die jeweiligen Interaktionsordnungen und die damit einhergehende Implantation von Machtverhältnissen auf die dort agierenden Menschen.

Ergebnis der Forschungsarbeit war, dass die unterschiedlichen Phänomene und Auswirkungen der Macht, vor allem in Bezug auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, durch das gesamte Material emergierten. Machtphänomene stellen dabei ein komplexes Konstrukt dar, welches nicht gradlinig, sondern zirkulär in Bezug auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge betrachtet werden muss. Macht zeigte sich im Verlauf der Studie auf drei Ebenen: (1) in der Andersartigkeit von Wissensordnungen, (2) im Rahmen der institutionalisierten Krankenhausstrukturen und (3) im Rahmen der sozialpolitischen Ökonomisierungsdebatten.

Gerade die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung war über viele Jahrtausende von eher magisch-religiösen Handlungsmustern geprägt. In der hippokratischen Schule der klassischen griechischen Kultur bildeten sich Ansätze einer Berufsethik der ÄrztInnen als eine zentrale Profession von HeilerInnen heraus. Die heutige Dominanz zwischen ÄrztInnen und PatientInnen wird durch die entstandene ExpertInnendominanz und die damit einhergehende Professionalisierung bestimmt. ÄrztInnen verfügen demnach von vorne-

herein über mehr Macht als PatientInnen. Frau G., eine Interviewpartnerin der durchgeführten Studie, scheiterte beim Bemühen, im Verlauf ihrer Krankheit Aufklärung von Seiten der ÄrztInnen zu erlangen: *»Erstens bekommen Sie keine Antwort, und wenn sie eine Antwort geben, dann ist das so null acht fünfzehn.«* (Frau G., Z. 222) Aktiv an der Erarbeitung der Konsequenzen für das eigene Gesundheits- und Krankheitsverhalten beteiligt sein zu können, hätte ihr ein kleines Stück des Gefühls der Kontrolle zurückzugeben vermocht, das im Krankheitsprozess allein durch das Erleben der Krankheit nachhaltig erschüttert wird. Nach Hanses (2006) kollidiert die ärztliche Praxis mit der Eigenpositionierung der PatientIn. *»Die professionelle Kunst ärztlicher Praxis unterstellt eine Folgsamkeit der anderen Seite. Unausgesprochene Begründung ist, dass mit der Institutionalisierung des ärztlichen Blicks und der Fokussierung auf den kranken Körper ein ExpertInnenwissen generiert ist, dem die subjektiven Konstruktionen der PatientInnen nichts entgegen zu setzen haben.«* (Hanses, 2006, S. 6)

Auch MedizinerInnen unterliegen jedoch den institutionellen Rahmenbedingungen der Kliniken, die wiederum in einen gesellschaftlichen Auftrag und Rahmen eingebettet sind. Als anschauliches Beispiel nennt Frau G. den häufigen Wechsel ihrer behandelnden ÄrztInnen. *»Hier sind viele verschiedene Ärzte, ich habe jedes Mal, wenn ich drüben in die Ambulanz gehe, einen anderen Arzt. ... Das ist eine Massenabfertigung.«* (Frau G., Z. 234, 285) Die Institution Krankenhaus als ein *»gesellschaftliches System«* (Foucault, 1978, S. 12) ist klaren Zielsetzungen unterworfen und wird bestimmt durch die Dominanz organisationaler Definitionsgewalt. Die Debatte der *»Evidenzbasierung«* (Hanses, 2006, S. 3), die hauptsächlich in der Medizin geführt wird, bezieht sich auf das gesamte Personal im klinischen Bereich. Der Fokus richtet sich auf Formen der Effizienz und der Verknappung ökonomischer, personeller und zeitlicher Ressourcen. Das hat zur Folge, dass *»Kontextualität, Komplexität, Eigensinnigkeit, biographische*

Anschlussfähigkeit und die professionelle Kunstkehre des Fallverstehens« (Hanses, 2006, S. 4) im evidenzbasierten Denken keine oder nur eine geringe Rolle spielen. Foucault (1976/1983) spricht in diesem Zusammenhang von einer Disziplinarmacht, die sich auf die Institution Krankenhaus als eine *»große soziale Maschine«* (Foucault, 1976/1983, S. 114) und auf eine Vielzahl von Menschen auswirkt, obwohl sie Individuen zugleich isoliert.

Der Charakter der Disziplinarmacht ist somit dezentral und depersonalisiert. Gleichzeitig werden die Verhaltensweisen der jeweiligen Subjekte jedoch von dem System Krankenhaus geprägt und verinnerlicht (vgl. Ruoff, 2007, S. 149). Dennoch muss bei den Folgen der institutionellen Rahmenbedingungen, denen die MedizinerInnen unterliegen, differenziert werden, denn *»bei der Analyse der Machtverhältnisse muss in jedem Fall auf die Annahme verzichtet werden, dass eine starre Zuordnung von Macht und Machtinhabern existiert, dass es letzte Machtprinzipien gibt oder dass politische Institutionen die Quelle der Macht bilden würden. Die Betonung liegt auf den Verhältnissen, die sich innerhalb von Machttypen feststellen lassen«* (Ruoff, 2007, S. 155). Zwar müssen sich die MedizinerInnen den Rahmenbedingungen der Institution Krankenhaus anpassen, dennoch steht ihnen ein individueller Handlungsspielraum zur Verfügung, denn *»es stimmt nicht, dass es in einer Gesellschaft oder Institution Leute gibt, die die Macht haben, und unterhalb davon Leute, die überhaupt keine Macht haben. Die Macht ist in Form von komplexen und beweglichen strategischen Relationen zu analysieren, in denen niemand dieselbe Position einnimmt und nicht immer diese behält.«* (Foucault, 2005b, S. 805)

Es lässt sich daher festhalten, dass Macht sich überall dort einstellt, wo Menschen ihr Verhalten aufeinander abstimmen und soziale Ordnungen hervorbringen (vgl. Kraus & Krieger, 2007, S. 9). Durch den Diskurs der Ökonomisierung und der damit einhergehenden verknappenden Ressourcen muss sich deshalb auch die Soziale Arbeit mit der unangenehmen Frage auseinandersetzen. Der

Begriff der Macht stellt sich in der Sozialen Arbeit jedoch als höchst unsympathisch dar. Er wird assoziiert mit *»der Behinderung der freien Persönlichkeit, der Unterdrückung von gesellschaftlichen Gruppen, der rücksichtslosen Durchsetzung partikularer Interessen und sogar mit der politischen Hintertriebenheit, dem zu verantwortenden Unrecht auch noch Legitimation zu verschaffen.«* (Kraus & Krieger, 2007, S. 9) Dabei wird übersehen, dass *»Macht von Menschen gemacht wird, dass sie in sozialen Prozessen unvermeidlich entsteht, wo immer Regeln geschaffen, Kompetenzen verteilt, Abhängigkeiten arrangiert und ausgewählten RollenträgerInnen ein Anspruch auf bestimmte Rechte und Ressourcen zugesprochen wird.«* (ebd., S. 9) Es gibt, um mit Popitz (1992, S. 272) zu sprechen, *»keine machtsterilen Verhältnisse«*. *»Macht ist nicht, was jemand besitzt, sondern vielmehr etwas, was sich entfaltet«* (Foucault, 1975/1992, S. 38). Ziel sollte es sein, Machtbedingungen genauer zu betrachten und zu untersuchen, um Machtverhältnisse im Verlauf eines Hilfeprozesses wenigstens ausreichend auszubalancieren.

Es bedarf daher dringend einer professionellen Auseinandersetzung mit der Thematik der Macht, der Unterstützung autonomer Lebenspraxen, der Realisierung einer subjekt- und biografieorientierten Praxis und der interdisziplinären Kooperation der Professionen im Sozial- und Gesundheitswesen. Unter Berücksichtigung dessen bedarf es der Entwicklung indikationsspezifischer, situationsadäquater methodischer Konzepte, in denen die Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt stehen sollte, denn durch frühzeitige Beratung kann die konstruktive Bewältigung und die Erhaltung der Entwicklungs- und Entscheidungsfähigkeit der PatientInnen/AdressatInnen erreicht werden (vgl. Wirsching, 1990, S. 100). Auch in diesen, eher als hoffnungslos erscheinenden Arbeitsbereichen nämlich gibt es durchaus etwas zu gewinnen, denn *»neuere Untersuchungen legen nahe, dass psychosoziale Behandlungsmaßnahmen die Überlebenszeit bei Personen mit einer Krebserkrankung erhöhen.«* (Spiegel & Kato, 2000, S. 140).

Literatur

- Alheit, P. & Hanses, A. (2004). Institution und Biographie: Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In A. Hanses (Hrsg.), *Biographie und Soziale Arbeit* (S. 8-28). Baltmannsweiler: Schneider.
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*. Berlin: Merve. (Internationale marxistische Diskussion. 77.)
- Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit. Bd. 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 448.) (Frz. Originalausgabe erschienen 1976.)
- Foucault, M. (2002). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. (6. Aufl. d. ungekürzten Ausg.) Frankfurt: Fischer. (Fischer-Taschenbücher. 7400.) (Frz. Originalausgabe erschienen 1963.)
- Foucault, M. (1992). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 184.) (Frz. Originalausgabe erschienen 1975.)
- Foucault, M. (2005a). *Analytik der Macht*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 1759.)
- Foucault, M. (2005b). *Schriften. Bd. 4: 1980-1988*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Gahleitner, S. B. & Becker-Bikowski, K. (2007). Lebensqualität und Krankheitsbewältigung bei Tumorpatienten in der MKG-Chirurgie. Beitrag des Kliniksozialdienstes zur psychosozialen Versorgung. In E. Engelke, K. Maier, E. Steinert, S. Borrmann & C. Spatscheck (Hrsg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung* (S. 123-127). Freiburg: Lambertus.
- Hanses, A. (2006). *Fallanalyse als eine Epistemologie unterdrückter Wissensarten?* Vortrag auf der Tagung »Rekonstruktion und Intervention – Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeitsforschung«, 12.-14. Januar 2006, Ev. Fachhochschule Darmstadt.
- Hanses, A. & Börgartz, H. (2001). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Eine biographische PatientInnenstudie zur Praxis klinischer Sozialarbeit. *Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit*, 31 (6), 573-595.
- Kraus, B. & Krieger, W. (2007). Zur Einführung – Die Reflexion Sozialer Arbeit im Lichte von Theorien zur Macht. In dies. (Hrsg.), *Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung* (S. 9-27). Lage: Jacobs.
- Mayring, P. (1993). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 2(1). Verfügbar unter: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [18.07.2002].
- Popitz, H. (1992). *Phänomene der Macht*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Ruoff, M. (2007). *Foucault-Lexikon*. Paderborn: Fink.
- Spiegel, D. & Kato, P. M. (2000). Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In W. Larbig & V. Tschuschke (Hrsg.), *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse* (S. 111-150). München: Reinhardt.
- Wirsching, M. (1990). *Krebs. Bewältigung und Verlauf*. Berlin: Springer.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen*. Frankfurt: Campus.

Organisierte und Rituelle Gewalt

Thorsten Becker & Bettina Overkamp

Die professionelle Unterstützung von Opfern organisierter und ritueller Gewalt* erfordert eine strukturierte und gezielte Hilfestellung. Das Erfahren organisierter Gewalt bedeutet das völlige Ausgeliefertsein an eine systematische und systematisierte Form vielschichtiger Gewalt, Ausbeutung und Erniedrigung, zumeist von frühester Kindheit an. Bei ritueller Gewalt kommen zwei weitere Aspekte hinzu: die Zuschreibung einer religiös-spirituell-ideologischen Komponente an die TäterInnen und eine hierauf basierende Rechtfertigung und Sinngebung der traumatisierenden/traumatischen Erlebnisse. In beiden Formen der Gewalt trifft man häufig auf eine erzwungene oder unter Beeinflussung geförderte MittäterInnenschaft. Es handelt sich somit um »ideologisch motivierte Straftaten« (Becker, 2008), wie sie aus dem Bereich des Terrorismus bekannt sind. Dementsprechend (heraus-)fordernd und anspruchsvoll stellt sich eine Unterstützungsarbeit für Opfer dar, deren Vielschichtigkeit und Ausmaß vom Hilfesystem in der Regel stark unterschätzt wird. Nach vorliegenden Untersuchungsergebnissen sind SozialarbeiterInnen die weitaus

größte begleitende und behandelnde Berufsgruppe im Bereich der extremen Gewalt (Youngson, 1993).

Was passiert Betroffenen bei organisierter und ritueller Gewalt?

Eine Traumatisierung überflutet die physiologische, endokrinologische und psychische Verarbeitungskapazität eines Menschen. Es gibt kein Entrinnen, keine Möglichkeit, das Geschehen von sich aus zu beenden. Ein Ausnahmezustand der Übererregung chronifiziert, wechselt sich ab mit Zuständen der Untererregung und »Totstellreflexen«. Ist eine Gewaltsituation vorbei, geht für Betroffene organisierter oder ritueller Gewalt der »normale Alltag« weiter, teilweise gelingt es, Gewaltsituationen amnestisch komplett zu »vergessen« (Williams, 1994). Betroffene benötigen große Mengen an Energie, um das innere Erleben (häufig gekennzeichnet durch Flashbacks und andere Intrusionen, Gefühle von Panik/Angst, Verzweiflung, Depression) im Griff zu behalten und entwickeln immer bessere Überlebensstrategien: physiologisch untermauerte »unterschiedliche Zustände« spalten noch weiter ab, fragmentieren und beginnen eine Art »Eigleben«. Dieses Phänomen bezeichnet den Übergang zu »multiplen Persönlichkeiten« (Huber, 1995).

Die Dissoziation dieser inneren Zustände (Depersonalisation, Derealisation, Amnesie, Aufspaltung der Persönlichkeit) ist für die Opfer im Moment des Geschehens hilfreich und erlaubt Schmerzunempfindlichkeit, Reduktion des Wahrnehmungsfeldes/Ausblenden des Erlebens, »Umschalten« des Gehirns auf eine fragmentierte Erlebnis-Speicherung etc. Langfristig wird dieses »Abschalten« jedoch zu einer konditionierten Reaktion auf jede Art von Bedrohung und fordert einen hohen Preis:

- die fragmentierte Erlebnis-Speicherung führt zu einem Verlust der Verbalisierungsfähigkeit des Ereignisses: es gibt keine Worte für die Erfahrung, nur körperliches Nacherleben;
- die Selbststeuerung erlahmt: Dissoziation als konditionierte Reaktion verhindert situationsangemessenes oder situationspezifisches Verhalten;
- die Retraumatisierungsgefahr wird maximiert, da die Bedrohung zwar noch latent wahrgenommen wird, es aber sofort zu einem »Umschalten« führt. Dadurch wird die Reaktionsfähigkeit minimiert (Nijenhuis et al., 1998).

Ein weiterer Problembereich betrifft die entstandenen Bindungen an die Täter – trotz Erlebens extremer Formen der Gewalt (Sachs, 2008) – und bei ritueller Gewalt die mit der Ideologie verbundenen Rechtfertigungen

* Der Begriff »Ritueller Gewalt« in der hier angewendeten Schreibweise soll verdeutlichen, dass »rituell« als Synonym für eine spezifische Form der Gewalt betrachtet und nicht als Attribut verstanden wird.

und Sinngewandungen sowohl für das Ausüben als auch Erleben und Erleiden vorsätzlicher und systematischer Traumatisierungen.

Was passiert Professionellen bei organisierter und Rituellicher Gewalt?

Ohne Wissen und Verständnis der Entstehungsgeschichte dieser Phänomene werden sie häufig fälschlicherweise als ›Strukturdefizite der Persönlichkeit‹, als ›histrionisch‹, ›süchtig‹, ›Borderline‹ oder gar ›schizophren‹ (Lacter & Lehman, 2008) kategorisiert. Aus einem traumainformierten Blickwinkel betrachtet, dienen verschiedene problematische Verhaltensweisen wie z.B. Selbstverletzung, das Aufsuchen von Situationen mit intensiven Reizen oder anderes Risikoverhalten als ›Selbsthilfeversuch‹, doch noch eine Möglichkeit zu finden, sich überhaupt wieder selbst spüren zu können. Fakt ist, dass dissoziative Symptome im Arbeitsalltag häufig schwer zu erkennen sind und auch von KlientInnen nicht vorrangig oder von sich aus berichtet werden (Overkamp, 2005). Für sie selbst kann die dissoziative Symptomatik (wie Persönlichkeitswechsel, inkonsistent vorhandene Fähigkeiten, ›Zeitverluste/Vergesslichkeit, kein zusammenhängendes Wissen über die eigene Biografie), teilweise selber einer Amnesie unterliegen oder als ich-synton erlebt sein. Diese Bewältigungsmechanismen wurden zumeist schon so früh erlernt, dass es ›normal‹ ist, die Welt inkonsistent zu erleben und das von außen Erfahrene als persönliches Problem zu begreifen. Dissoziative ›Aussetzer‹ sind oftmals hoch schambesetzt und werden lieber verheimlicht oder überspielt, auch aus der Angst heraus, von anderen für ›verrückt‹ gehalten zu werden. Besonders im psychiatrischen Kontext führt das Berichten solcher Symptome – wie z.B. Beeinflussungserleben, Hören von inneren Stimmen – häufig zur Verabreichung antipsychotischer Medikation, die das innere Chaos zumeist eher erhöht als reduziert. Die meisten komplex traumatisierten und hoch dissoziativen PatientInnen kommen wegen anderer psychischer Probleme oder praktischer Beschwerden in die Beratung und Behandlung: Angstzustände, Selbstverletzung, Depression, chronische Schmerzen, Beziehungsstörungen etc.

Eine wichtige Voraussetzung ist daher die Bereitschaft der Professionellen, Symptome in einem möglichen Traumakontext zu betrachten und als normales Verhalten in einer zutiefst unnormalen, durch die Gesellschaft und andere Menschen gezielt herbeigeführten Situation zu verstehen.

Hoch dissoziative Menschen haben überdies aufgrund der massiven Gewalterfahrungen und des sie stets begleitenden Vertrauensmissbrauchs wenig Grund, anderen Menschen zu vertrauen. Dieses tiefe, durch die Gewalterfahrung erworbene Misstrauen erfordert eine Hilfestellung, die der Bedeutung des gesellschaftlichen Umgangs mit organisierter und Rituellicher Gewalt Rechnung trägt, die Fachwissen zur Problematik voraussetzt und in der die professionelle Beziehung die Hauptachse des Hilfeprozesses darstellt. Bindungs- und beziehungsorientierte Arbeit – lange vor einer psychopathologischen Kategorisierung der Problematik der KlientInnen – erweist sich damit als zentrale Schlüsselqualität (Gahleitner, 2005). Der Aufbau eines tragfähigen gemeinsamen Arbeitsbündnisses mit den komplex traumatisierten und dissoziativen KlientInnen als adäquate Antwort auf früh erfahrenen Vertrauensmissbrauch ist daher auch die Basis für ein sorgsames, aktives Erfragen der dissoziativen Symptomatik (z.B. mit diagnostischen Hilfsmitteln wie dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen von Freyberger et al., 1999).

Bei organisierter und Rituellicher Gewalt tritt zu diesen ohnehin professionell anspruchsvollen Herausforderungen für die Fachkräfte noch eine eigene Gefährdungs- und Bedrohungssituation. Nach Ergebnissen der umfassenden Untersuchung von Youngson (1993) leiden Professionelle in diesem Arbeitsbereich nicht nur unter sogenannter ›sekundärer Traumatisierung‹ aufgrund der Schilderung der grausamen Aspekte der Gewalthandlungen, sondern auch unter ganz realen, gegen sie selbst gerichteten Bedrohungen und Gewalthandlungen. Diese Form der umfassenden Involvierung in das gewaltsame Geschehen und die dadurch bereits im Vorfeld wirksamen Einschüchterungsmechanismen machen diesen Bereich zu einem hochsensiblen und sehr spezifizierten Arbeitsbereich.

Schlussgedanken

Es sind vielfältige Mechanismen im Rahmen organisierter und Rituellicher Gewalt, die zu einer systematischen Nicht-Wahrnehmung der Problemlagen führen und deren Auswirkungen auf die Betroffenen, die Professionelle und die sie umgebende Gesellschaft führen (vgl. Kluft, 1996). Die in Deutschland noch junge Auseinandersetzung mit dem Phänomen Trauma, die anhaltende Tabuisierung extremer Formen der Gewalt und der verzweifelte Versuch von Opfern, überhaupt eine Sprache für das Unausprechliche zu finden, stehen immer noch zu sehr im Schatten der gesellschaftlichen Verdrängung – nicht nur im Hinblick auf Kostenfaktoren (Fröhling, 2008). Erklärungstereotype und Verleugnungstendenzen zu Gewalt, zur Ausübung von Gewalt und zum Erleiden von Gewalt begegnen uns in Fachbüchern, bei der Justiz und bei NormalbürgerInnen – und ebenso hartnäckig bei Betroffenen und Professionellen. Diese überraschende Einmütigkeit ist bereits eine Ursache und ein Teil des Problems. Bei historischer Betrachtung wird deutlich, dass viele Versuche, Traumata zu problematisieren, zunächst nicht zum Erfolg führten, da das damit verbundene, ausgelöste Entsetzen zu massiven Abwehrstrategien führte (Herman, 1992/1993).

Die Wahrnehmung, die sorgfältige Betrachtung von und die kritische Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ist jedoch unverzichtbar, da sie direkt in die Unterstützungsarbeit mit Opfern hineinwirkt. Die Arbeit darf sich nicht nur auf die Opfer konzentrieren, sondern muss auch sensibilisieren, informieren und zu einer Veränderung im gesellschaftlichen Bewusstsein beitragen. Besonders zentral für die konkrete praktische Arbeit mit Opfern organisierter und Rituellicher Gewalt ist ein guter Informationsstand sowohl auf der persönlichen Ebene als auch auf der des interdisziplinären Umfeldes und der ›beherbergenden‹ Institutionen. Gerade Rituelle Gewalt bündelt eine Vielzahl von Problemfeldern wie unter einem Brennglas und zeigt daher deutlich Funktionalität und Grenzen von Arbeitszusammenhängen auf (Becker, 2001). Unter diesen Bedingungen – und angesichts der mit dem Problem

der Dissoziation bzw. mit den Spaltungstendenzen (der Klientinnen) einhergehenden Übertragungsphänomene auf HelferInnensysteme – werden gerade diese Menschen, die so dringend Unterstützung bräuchten, eher als »BrandstifterInnen« verkannt denn als Spiegel von häufiger Systemdysfunktionalität anerkannt. Nahezu regelhaft kommt es zu Teamspaltungen, verzerrten Nähe- und Distanz-Verhältnissen (Grenzsetzungsprobleme), die sogar in vorhandenen und eingespielten Supervisionsstrukturen Probleme hervorrufen können. Durch Isolierung oder Vereinzelung bei den Einzelnen im Helfersystem können massive Stellvertretertraumatisierungen und Burn-Out auftreten.

Es bedarf neuer Strukturen von Vernetzung und interdisziplinärer Kooperation, um eine effektive und effiziente Arbeit im Bereich der organisierten und Ritualen Gewalt leisten zu können. Sowohl die Arbeit mit KlientInnen, die von rituellen Gewalterfahrungen berichten, als auch die vielschichtigen Aspekte helferischer, beraterischer und therapeutischer Arbeit in den Auswirkungen auf die UnterstützerInnen und ihr Umfeld benötigen einen intensiven Austausch mit dem Ziel zumindest qualitativer Weiterentwicklung.

Das englische Netzwerk RAINS (Ritual Abuse Information and Support)

z. B. hat über Jahre hinweg einen erfolgreichen Ansatz entwickelt und modifiziert. Es ermöglicht einen umfassenden kollegialen Austausch, der in einem hohen Maß Vernetzungsfunktionen erfüllt und erheblich zu einem besseren professionellen (Selbst-) Verständnis beiträgt. Ein Ansatz wie RAINS bedarf jedoch der ergänzenden Berücksichtigung des politischen, gesellschaftlichen und institutionellen Spannungsfeldes, um weitere Ressourcen zu erschließen und eine gute finanzielle Grundlage zu erhalten.

Nicht nur die hohe Präsenz von SozialarbeiterInnen in diesem Feld, auch die Verbundenheit der Auswirkungen der extrem traumatischen Erfahrungen auf die Lebenswelt der Betroffenen wie auch auf das umgebende Umfeld, macht diesen Bereich zu einer originären Aufgabe von Forschung, Theoriebildung und Praxis in der Sozialen Arbeit. SozialarbeiterInnen sind in diesem Bereich aufgerufen, nicht nur über möglichst umfassende Kenntnisse zu verfügen, sondern auch einen großen Teil der interdisziplinären und interinstitutionellen Vernetzungsarbeit zu leisten. Sich auf diesen Weg einzulassen bildet unter den sichtbaren Reibungspunkten eine durchaus lohnende Herausforderung und die Unterstützung einer Gruppe von Menschen, die häufig durch alle Hilfenetze fallen.

Literatur

- Becker, T. (2001). Beratung im Bereich Ritualen Gewalt. Risiken und Nebenwirkungen. In Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention und Prophylaxe (Hrsg.), *Ritueller Gewalt* (S. 91-111). Berlin: Verlag die Jonglerie.
- Becker, T. (2008). Re-Searching for New Perspectives: Ritual Abuse / Ritual Violence as Ideological Motivated Crime. In R. Noblitt & P. S. Perskin Noblitt (Eds.), *Ritual Abuse in the 21st Century-Psychological, Forensic, Social and Political Considerations* (pp. 237-260). Bandon, OR: Reed.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R.-D. (1999). *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen FDS (Testmanual)*. Bern: Huber.
- Fröhling, U. (2008). *Vater unser in der Hölle. Durch Inzest und Missbrauch in einer satanistischen Sekte zerbrach Angelas Seele*. Bergisch Gladbach: Bastei Lübbe.
- Gahleitner, S. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann. (Amer. Originalausgabe erschienen 1992.)
- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeiten*. Frankfurt: Fischer.
- Kluft, R. P. (1996). Treating the Traumatic Memories of Patients with Dissociative Identity Disorder.

American Journal of Psychiatry, 153 (Festschrift Supplement), 103-110.

Lacter, E. P. & Lehman, K. D. (2008). Guidelines to Differential Diagnosis between Schizophrenia and Ritual Abuse / Mind Control Traumatic Stress. In R. Noblitt & P. S. Perskin Noblitt (Eds.), *Ritual Abuse in the 21st Century-Psychological, Forensic, Social and Political Considerations* (pp. 85-154). Bandon, OR: Reed.

Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J. & Spinhoven, P. (1998). Animal Defensive Reactions as a Model for Trauma-Induced Dissociative Reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243-260.

Overkamp; B. (2005). *Differentialdiagnostik der Dissoziativen Identitätsstörung in Deutschland. Validierung des Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)*. Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Psychologie.

Sachs, A. (2008). Infanticidal Attachment. The Link Between Dissociative Identity Disorder and Crime. In A. Sachs & G. Galton (Eds.), *Forensic Aspects of Dissociative Identity Disorder* (pp. 127-139). London: Karnac.

Williams, L. (1994). Recall of Childhood Trauma. A Prospective Study of Women's Memories of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

Youngson, S. S. (1993). Ritual Abuse. Consequences for Professionals. *Child Abuse Review*, 2, 251-262.

Rezension

Gewalt und Geschlechterverhältnis Juliane Wahren

In ihrem 2007 erschienenen Buch mit dem Titel »Gewalt und Geschlechterverhältnis« werfen Silke Birgitta Gahleitner und Hans-Joachim Lenz einen kritischen Blick auf bestehende Macht- und Geschlechterverhältnisse in Bezug auf Gewalt. Sensibel analysieren sie vorherrschende Wahrnehmungs- und Verhaltensmuster zum Thema Gewalt aus männlicher und wie auch aus weiblicher Sicht. Es gelingt ihnen, den Fokus des Lesers für den bisher in Literatur und Gesellschaft fast ausschließlich auf Frauen und Kinder bezogenen Gewaltbegriff zu öffnen. Dadurch ermöglichen die Autoren die kritische Hinterfragung und Erweiterung der eigenen Ansichten, ohne die Erkenntnisse auf dem Gebiet Anti-Gewalt-Arbeit im Frauen- und Kinderbereich ad absurdum zu führen. Sie tragen mit diesem Buch zur sensibleren Wahrnehmung und somit zur Prävention von Gewalt – unabhängig vom Geschlecht der Betroffenen – bei.

Nach den Betrachtungen von Gewalt und Geschlechterverhältnis aus männlicher und weiblicher Sicht widmet sich das Herausgeberwerk der Annäherung des Themas aus dem Blickwinkel unterschiedlicher Disziplinen. Ergänzt werden diese theoretischen Überlegungen durch ein großes Spektrum an Erfahrungen aus der Praxis im zweiten Teil des Buches. Es kommen professionell Tätige aus den Bereichen Frauenhandel, Frauenrechte, Schule, Opferberatungsstelle für gewaltbetroffene Jungen und Männer, Beratungsstelle für männliche Opfer sexuellen Missbrauchs und der medizinischen Psychologie zu Wort. Den Beiträgen aus theoretischer und praktischer Sicht schließen sich im dritten Teil unterschiedliche Betrachtungen zu Gewalt im Geschlechterverhältnis aus der Perspektive der Forschung an.

Insgesamt leistet das Überblickswerk einen wichtigen Beitrag zur kritischen und geschlechtersensiblen Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Diskriminierungsformen zwischen den Geschlechtern, aber auch innerhalb von Geschlechtergruppen.

Kontakt zur Autorin: jwahren@web.de

Gahleitner, Silke Birgitta & Lenz, Hans-Joachim (Hrsg.) (2007). *Gewalt und Geschlechterverhältnis. Interdisziplinäre und geschlechtersensible Analysen und Perspektiven*. Weinheim: Juventa. (Geschlechterforschung.) 260 Seiten. 24,50 EUR.